

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

BEATRIZ RAFAELA VALDES MAGDALENO

**OBESIDADE EM ADULTOS NA UBS MARIA DE LOURDES B. DE
BARROS, MUNICÍPIO UNIÃO DOS PALMARES/AL**

Maceió/Alagoas
2015

BEATRIZ RAFAELA VALDES MAGDALENO

**OBESIDADE EM ADULTOS NA UBS MARIA DE LOURDES B. DE
BARROS, MUNICÍPIO UNIÃO DOS PALMARES/AL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Estratégia de Saúde
da Família, Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Maria Marta Amâncio Amorim

Maceió/Alagoas

2015

BEATRIZ RAFAELA VALDES MAGDALENO

**OBESIDADE EM ADULTOS NA UBS MARIA DE LOURDES B. DE
BARROS MUNICÍPIO UNIÃO DOS PALMARES/AL**

Banca examinadora

Examinador 1:

Prof^a.Dr^a Maria Marta Amancio Amorim - orientador

Examinador 2 – Prof. Nome - Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015

RESUMO

A obesidade possui causa multifatorial, envolvendo questões biológicas, econômicas, sociais, políticas e culturais. Mas a principal causa costuma ser o desequilíbrio entre o consumo de alimentos e o gasto de calorias. Alguns dos fatores que influenciam no excesso de gordura corporal na população brasileira são os inadequados hábitos alimentares e a não prática da atividade física. Na ESF Maria de Lourdes Borba Barros, do município União dos Palmares, do estado Alagoas/Brasil a maioria dos usuários possuem um estado nutricional inadequado com alta prevalência de obesidade, o que constitui o fator de risco para outras doenças crônicas mais perigosas, como a Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes mellitus (DM), as quais são as principais causas de internamento hospitalar e morte da população. A HAS e DM são fatores de risco de outras doenças, como a doença cérebro vascular a qual pode deixar sequelas. Assim o objetivo deste estudo foi elaborar um plano de intervenção para combater a obesidade na população adscrita ao ESF Maria de Lourdes B. de Barros. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional, seguindo várias etapas (identificação dos problemas, priorização dos problemas, seleção do problema prioritário, caracterização do problema, descrição do problema, explicação do problema, identificação dos nós críticos, desenho de operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano e elaboração do plano operativo). Serão desenvolvidas ações no sentido de evitar e reduzir os casos de obesidade e melhorar a qualidade de vida dos obesos a partir do incentivo da prática de atividade física e boa educação nutricional. A obesidade determina uma possibilidade real de tratamento baseado em diagnóstico criterioso o mais precoce possível, onde a ação de uma equipe multidisciplinar aliada a uma técnica cuidadosa, permite uma elevada perspectiva de êxito.

Palavras chaves: Obesidade; Estado Nutricional; Hábitos Alimentares, Atividade Física.

ABSTRACT

Obesity is a chronic disease characterized by excess fat in the body to imbalance in the distribution of fat throughout the body. About 250 million people worldwide are overweight or obese, and almost all countries suffer from this epidemic, including Brazil. Obesity has many causes, involving biological, economic, social, political and cultural issues. But usually the main cause imbalance between consumption of foods and calorie expenditure. Some of the factors that influence the excess body fat in the Brazilian population are inappropriate eating habits and no physical activity. The ESF Maria de Lourdes Borba Barros of União dos Palmares city, the Alagoas / Brazil state has an inadequate nutritional status with a high prevalence of obesity among people in the community what constitutes a risk factor for other more dangerous chronic diseases (Hypertension and diabetes mellitus) which are the leading causes of hospitalization and death hospitable population. In addition to arterial hypertension and diabetes mellitus in turn are risk factors for other diseases, including brain vascular disease which can leave as sequels disabilities. So the aim of this study was to develop an action plan to combat obesity in the population assigned to the ESF Maria de Lourdes B. Barrios through actions to prevent and reduce cases of obesity and improve the quality of life of obese patients from encouraging the practice of physical activity and good nutrition education. To develop the Intervention Plan will use the Strategic Planning Method Situational (PES) in the action plan were developed several steps (identification of problems, prioritization of problems, the priority problem selection, characterization of the problem, problem description, explanation the problem, identification of critical nodes, drawing operations, identification of critical resources, plan feasibility analysis and preparation of the operational plan). The obesity determines a real possibility of treatment possible, where the action of a multidisciplinary team together with a careful technique, allows a high prospect of success.

Key words: Obesity; Nutritional status; Food habits, physical activity.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.
CEO: Centro de Especialidade Odontológica.
CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento.
DM: Diabetes Mellitus.
ESF: Equipe de Saúde Familiar.
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PES: Planejamento Estratégico Situacional.
POF: Pesquisa de Orçamentos Familiares.
SB: Saúde Bucal.
SCNES: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
SIAB: Sistema de Informação a Atenção Básica.
SF: Saúde Familiar.
SUS: Sistema Único de Saúde.
UBS: Unidade Básica de Saúde.
VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Por Inquérito Telefônico.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	JUSTIFICATIVA.....	13
3	OBJETIVO.....	14
4	METODOLOGIA.....	14
5	REVISÃO BIBLIOGRAFICA.....	15
6	PLANO DE AÇÃO.....	17
	REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Segundo o IBGE (2010) União dos Palmares é um município de Alagoas, situado a 76,8 Km de Maceió. Localizado na Mesorregião Leste Alagoana e Microrregião Serrana dos Quilombos, tem uma população de 62.358 habitantes e um território de, aproximadamente, 420,744 km². A cidade se encontra localizada na porção oeste do município homônimo às margens do Rio Mundaú. A sede municipal se limita ao norte com a Serra da Laje; ao sul com a Usina Laginha; a leste com a Serra dos Frios; e a oeste com a Serra da Barriga. Localizada cerca de 73 quilômetros da capital, Maceió, União dos Palmares fazendo limites com Santana do Mundaú, São José da Laje, Ibateguara, Branquinha e Joaquim Gomes. Cidade polo da região da zona da mata alagoana (...). (IBGE, 2010). Na Figura 1 está ilustrada a sua localização.



Figura 1. Localização de União dos Palmares.

União dos Palmares é considerada uma das principais cidades de Alagoas, e é conhecida por ser "A Terra da Liberdade", já que foi nela, mais precisamente na Serra da Barriga, onde foi dado o primeiro grito de liberdade, por Zumbi dos Palmares. A sua estátua está ilustrada na Figura 2. Foi nela que nasceu o poeta Jorge de Lima, o príncipe dos poetas alagoanos. A Casa Jorge de Lima é um museu à sua memória, e está descrita na Figura 3 (IBGE, 2010).

União dos Palmares é considerado um dos mais antigos municípios de Alagoas. Os primeiros indícios de presença humana datam de finais do século XVI,

quando os negros fugitivos dos engenhos de açúcar dos atuais estados de Alagoas e Pernambuco chegaram à Serra da Barriga, onde instalaram a sede do Quilombo dos Palmares. O Quilombo dos Palmares foi a primeira tentativa de vida livre promovida pelos trabalhadores africanos nas Américas, surgindo por volta de 1580, durando até 1695, ano em que foi morto Zumbi, seu principal líder, pelas forças comandadas pelo bandeirante Domingos Jorge Velho. (IBGE, 2010).



Figura 2: Estátua de Zumbi dos Palmares.



Figura 3. Casa Jorge de Lima (foto Amanda Medeiros)

O município tinha uma extensão média de 200 km², englobando terras da zona da mata dos atuais Pernambuco e Alagoas. Inicialmente, quando sede do Quilombo, a localidade chamava-se Cerca Real dos Macacos, provavelmente em referência ao Riacho dos Macacos. Por volta de 1730, o português Domingos de Pino chegou à região, onde construiu uma capela dedicada a Santa Maria Madalena. Daí, o primeiro nome oficial do lugar: Maria Madalena. Já no Império, quando da visita da Imperatriz Leopoldina, mudou-se o nome para Vila Nova da Imperatriz, em 1831, quando a vila ganha autonomia administrativa, após

desmembrar-se do município de Atalaia. Assim chamou-se até meados do Século XIX. (IBGE, 2010).

Em 1889, recebe através de Decreto de Lei a condição de cidade e passa a chamar-se União pelo decreto de 25 de setembro de 1890. Essa mudança de nome se deve à união ferroviária entre Alagoas e Pernambuco. Contudo, o nome definitivo da cidade só veio a ser dado em 1944, quando houve o acréscimo de Palmares ao nome da cidade, em homenagem ao Quilombo dos Palmares. A Serra da Barriga, principal palco do famoso Quilombo dos Palmares, hoje declarada Patrimônio Histórico do Brasil, está a cerca de 6 km da sede do atual município de União dos Palmares. (IBGE, 2010).

Os principais eventos festivos da cidade são: A procissão do Mastro e o tradicional bloco Os Carroceiros do Amor, a Festa da Padroeira, Santa Maria Madalena (Janeiro e início de Fevereiro), a Festa do Milho (Junho, coincidindo com as populares festas juninas), a Festa da Consciência Negra (20 de Novembro, dia da morte de Zumbi dos Palmares) e a Corrida Palmarina do Jumento Alagoano (Último domingo de Dezembro). Quanto a sua organização espacial, União dos Palmares se encontra dividida em 16 bairros: Centro, Presidente Kennedy, Alto do Cruzeiro, Presidente Costa e Silva, Nossa Senhora de Fátima, COHAB, Abolição, Santa Maria Madalena I e II, Nossa Senhora das Dores (Vaquejada), Várzea Grande, Santa Fé, Sagrada Família (Mutirão), Padre Donald, Demócrito Gracindo (Ponte), Francisco Correia Vianna (Jatobá), Taquari e Roberto Correia de Araújo. Contudo, convém ressaltar que a última enchente corrida em 2010 provocou significativas transformações na organização espacial da cidade, haja vista a destruição de dois bairros periféricos: Francisco Correia Viana e Demócrito Gracindo e a construção de novos bairros nos limites da mancha urbana da cidade. Os conjuntos residenciais destinados aos desabrigados estão sendo construídos na porção leste da cidade, próximos a BR 104. (IBGE, 2010)

Nesse contexto, o plano diretor da cidade, no intuito de apresentar os problemas estruturais do espaço urbano palmarino, estabeleceu quatro macros zonas de planejamento, quais sejam: a área de urbanização consolidada, a área de recuperação urbana, a área de restrição à urbanização e a área de expansão territorial urbana (IBGE, 2010).

A “Área de Urbanização Consolidada”, formada pelo centro da cidade e pelos demais bairros centrais, é a que dispõe de melhor estrutura urbana, sendo composta

pelas redes de serviços e comércio, incluindo a feira livre. A “Área de Recuperação Urbana” abrange as áreas mais distantes do centro da cidade e apresenta as condições mais precárias de urbanização, de infraestrutura, equipamentos e serviços. A “Área de Restrição a Urbanização”, compreende as margens da BR 104 e da estrada de acesso ao norte da cidade, áreas próximas à fazenda Serra da Laje. Contudo, em razão da demanda por novas áreas para expansão, nesta área de restrição se encontra o Bairro Santa Maria Madalena, um grande bairro periférico que é onde estão sendo construídos um condomínio de classe média baixa e os conjuntos populares para os desabrigados da cheia. E por último há a “Área de Expansão Territorial Urbana”, que compreende os perímetros urbanos das Fazendas Serra da Laje e Frios. Esta última vem sendo ocupada, sobretudo, pelas famílias mais abastadas da cidade. (IBGE, 2010).

Diante do exposto, observamos que a cidade de União dos Palmares apresenta um expressivo processo de segregação social parcial, onde dos dezesseis bairros que a integram, onze são considerados periféricos. Periferias aqui compreendidas não apenas por serem as áreas imediatas ao centro, mas pela falta de infraestrutura e serviços que caracterizam o lugar de moradia da população de menor renda. (IBGE, 2010).

No atual período histórico, portanto, a organização espacial da cidade de União dos Palmares, caracterizada pela desigualdade e exclusão, apresenta bairros centralizados, que abrigam em sua maioria a população de maior poder aquisitivo, e bairros periféricos, que se apresentam como o lugar de moradia de cerca de 60% dos seus habitantes pobres. (IBGE, 2010).

Distribuída, sobretudo, na periferia do espaço urbano de União dos Palmares, a população urbana palmarina se encontra residindo 40% nos bairros centrais e 60% em seus bairros periféricos, cuja maior concentração é no bairro Roberto Correia de Araújo, com mais de oito mil pessoas. (IBGE, 2010).

União dos Palmares, a exemplo de outros municípios brasileiros, assistiu a expansão da sua área urbana em decorrência, principalmente, do processo de migração rural. A atual organização espacial da cidade reflete o processo de expansão da produção de cana de açúcar, promovida pela usina Laginha na década de 1970, que expulsou os pequenos e médios produtores rurais para a cidade. (IBGE, 2010).

Quanto aos aspectos geográficos possui concentração habitacional de 62.358 habitantes como já foi indicado no corrente texto, contendo número aproximado de domicílios e famílias: 15.930 domicílios permanentes, com 1196 famílias.

Quanto aos aspectos socioeconômicos cito o Índice de Desenvolvimento Humano: 153,84 hab/km²; taxa de Urbanização: abastecimento de Água Tratada: 93.5%; Nível de alfabetização: 17%;

As principais causas de morte são os acidentes automobilísticos geralmente causados pelos condutores de motos

No município existem 13.294 domicílios particulares permanentes, dos quais 9.606 (72,30%) possuem banheiro ou sanitário e destes, apenas 5.637 (47,90%) possuem banheiro e esgotamento sanitário via rede geral. Cerca de 9.402 (70,70%) são abastecidos pela rede geral de água, enquanto que 2.895 (21,80%) são abastecidos por poço ou nascente e 997 utilizam outras formas de abastecimento (7,50%). Apenas 9.375 (70,50%) domicílios são atendidos pela coleta de lixo, evidenciando a existência de uma fonte de sérios problemas ambientais e de saúde pública para a população.

O percentual de recolhimento de esgoto por rede pública é 0 %, saneamento: Serviços de Água e Esgoto: 64.10 %, Principais Atividades Econômicas: Agricultura, comércio, construção civil, setor industrial e setor de serviços.

A taxa de emprego é de 30 %; pessoas com vínculo empregatício (agropecuária 503.469; comércio 9.031.093; construção Civil 5.137; indústria 3.579 2.997; serviços 2.582 2.578; total 7.572 7.274)

Quanto aos aspectos demográficos, no Quadro 1 é apresentado a população total, distribuída por faixa etária. No Quadro 2 é descrito a população residente por ano em relação o gênero e localização.

Quadro1. População total de União dos Palmares (áreas urbanas e rurais), distribuída por faixa etária.

Área	Faixa etária									Total
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-49	>60	
Área urbana	1.276	1.384	2.117	3.312	2.906	9.143	25.11	3.88	2.32	49.45

Área rural	835	1.029	1.030	1.102	1.327	2.122	4.701	1.99	1.11	15.25
Total	2.111	2.413	7.413	4.414	4.233	11.26	29.81	5.88	3.43	64.71

Quadro 2. População residente por ano em relação o gênero e localização

Gênero/Localização	População Residente Por Ano		
	2010	2011	2012
Feminina	29.868	32.187	33.401
Masculina	28.752	30.171	31.311
Rural	20.751	14.707	15.255
Urbana	37.869	47.651	49.458
Total	58.620	62.358	64.713

A Taxa de Crescimento Anual é de 1% ao ano; Densidade demográfica: 153,84 hab./km²; Taxa de Escolarização: 30,4 %; Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: 41,26%; Índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil: 0,62; - População (%) usuária da assistência à saúde no SUS: 52.50% segundo o censo 2011.

Os dados sobre o sistema local de saúde são: número de Equipes de Saúde Familiar (ESF): 19; Saúde Bucal (SB): 1, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF): 2, Centro de Especialidade Odontológica (CEO): 1, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS):1, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): 1.

Os dados de cobertura populacional são Posto de Saúde Familiar: 52,64, Equipe de Saúde Bucal (ESB): 46,79 Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS): 100,00, Redes de Média e Alta Complexidade: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): 1 (SIAB 2004; IBGE, 2004).

A rede assistencial é composta de Centro Saúde: 9; Policlínica: 2; Hospitais: 2; Leitos hospitalares: 2; Leitos obstétricos: 118; Leitos pediátricos: 41; Leitos clínicos: 30; Leitos cirúrgicos: 28; Leitos por habitantes: 1.99 (SCNES, 2004)

Os Recursos Humanos em Saúde são 159 médicos sendo eles: Anestesista, Cirurgião Geral, Clínico Geral, Ginecologista, Obstetra, Médico da Família, Pediatra, Psiquiatra, Radiologista e Outras especialidades, alguns contratados outros concursados, trabalhando 8 horas diárias das 07h00min da manhã as 16h00min da

tarde, horário o qual pode variar dependendo da situação, enfermeiros 27, dentista 29, agente comunitário de saúde 178.

Os recursos da comunidade são compostos por 1 posto de saúde e inúmeras igrejas; serviços existentes na área de abrangência: luz elétrica, água e telefonia.

A unidade básica de saúde (UBS) Maria de Lourdes B. de Barrios está localizada no bairro Nova Esperança, zona periférica da cidade de União dos Palmares. O horário de funcionamento é de 7 horas (manhã) às 16 horas (tarde). Essa UBS é constituída de 15 pessoas (um médico, um digitador, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma diretora, sete agentes de saúde, um odontólogo, uma técnica de odontologia, uma secretária e um serviço gerais) que trabalhando oito horas diárias. Possui 200 metros quadrado sendo dividida em dois consultórios médicos, uma recepção, uma sala de digitador, uma farmácia, uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma sala de observação, uma enfermaria, um consultório de odontologia, um refeitório, uma sala de esterilização, uma cozinha e uma lavanderia.

2 JUSTIFICATIVA

O principal problema de saúde que afeta a população adscrita da UBS Maria de Lourdes B. de Barros é a obesidade. Entende-se por obesidade o acúmulo de gordura no corpo causado quase sempre por um consumo excessivo de calorias proveniente da alimentação, superior ao valor usado pelo organismo para sua manutenção e a realização das atividades do dia a dia.

Trabalhar com obesidade na UBS em que atuo justifica-se pela alta prevalência dessa patologia na população de abrangência, o que constitui um fator de risco importante para as doenças crônicas mais frequentes da comunidade, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Ao conseguir diminuir o número de pessoas com sobrepeso e obesidade na população, indiretamente estamos evitando que cada dia mais pessoas adoeçam de outras doenças (cardiovasculares e metabólicas,) principalmente as quais tem um maior custo para a saúde dos indivíduos e para a sociedade.

Na UBS Maria de Lourdes B. Barros há aproximadamente 1948 pacientes com obesidade, sendo essa patologia um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), um agravo de caráter multifatorial. Assim verificou-se a importância de criar um grupo de apoio a pessoas com sobrepeso e obesidade utilizando a atenção básica como um espaço privilegiado a fim de realizar ações de educação em saúde.

Os usuários são encaminhados pelo médico para avaliação e acompanhamento nutricional, após a primeira consulta com a nutricionista. Os interessados são inscritos no grupo de apoio. Inicialmente os participantes são acolhidos pelo agente comunitário de saúde (ACS) responsável pelo grupo; em um segundo momento verifica-se os dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) pelo técnico de enfermagem. Nesse encontro são abordadas várias temáticas ligadas ao assunto obesidade tais como: dietas da moda, mitos, medicamentos, gastroplastia, hábitos culturais, dificuldades em aderir às dietas, ansiedade, depressão, além de ser um espaço para compartilhar experiências. Cabe ao nutricionista a coordenação do grupo esclarecendo dúvidas, sugerindo alimentos e preparações saudáveis e nutritivas, valorizando resultados

alcançados, ressaltando a importância de cada quilo reduzido na massa corporal para a saúde e estimulando hábitos de vida saudáveis. Todos são convidados a participar também do grupo de atividades físicas, desde que não tenha restrições médicas. Os encontros tem a duração aproximada de 90 minutos e são realizados quinzenalmente no auditório da UBS. O grupo é formado por participantes com idade média entre 18 a 60 anos, moradores da área de abrangência e conta com o apoio da equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Nossa equipe identificou e priorizou os problemas da população adscrita da UBS Maria de Lourdes B. de Barros e consideramos que temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para combater a obesidade na ESF Maria de Lourdes B. de Barrios do município União dos Palmares.

Objetivos específicos

Propor medidas para evitar e reduzir os casos de obesidade.

Propor medidas para melhorar a qualidade de vida das pessoas com obesidade.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) descrito por Cardoso e Santos, (2010). As etapas desenvolvidas até o momento de priorização dos problemas e escolha deles para elaborar um Plano de Ação, foram: identificação dos problemas, priorização dos problemas, seleção do problema prioritário, caracterização do problema, descrição do problema, explicação do problema, identificação dos nós críticos, desenho de operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano e elaboração do plano operativo.

O plano de intervenção será realizado para diminuir a prevalência da obesidade e melhorar a qualidade de vida dos obesos portadores de doenças crônicas da UBS Maria de Lourdes B. de Barrios, município União dos Palmares.

Para a elaboração do plano de intervenção será realizada uma revisão de literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de Bibliotecas Virtual em Saúde, na base de dados do *Scientific Eletronic Library Online* - SciELO e Biblioteca Regional de Medicina por meio dos seguintes descritores: estratégia saúde da família, atenção à saúde, obesidade, atividade física, estilo de vida.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) projetou que em 2005 o mundo teria 1,6 bilhões de pessoas acima de 15 anos de idade com excesso de peso (Índice de massa corporal - IMC \geq 25 kg/m²) e 400 milhões de obesos (IMC \geq 30 kg/m²). A projeção para 2015 é ainda mais pessimista: 2,3 bilhões de pessoas com excesso de peso e 700 milhões de obesos, indicando um aumento de 75% nos casos de obesidade em 10 anos (MELO 2009).

No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicou em agosto de 2010, os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008–2009, indicando que o peso dos brasileiros vem aumentando nos últimos anos. O excesso de peso em homens adultos saltou de 18,5% para 50,1%, ou seja, metade dos homens adultos já estava acima do peso e ultrapassou, em 2008–2009, o excesso em mulheres, que foi de 28,7% para 48% (JORNAL DO SENADO, 2013).

O Ministério da Saúde divulgou uma pesquisa que revela que quase metade da população brasileira está acima do peso. Segundo o estudo, 42,7% da população estavam acima do peso no ano de 2006, em 2011, esse número passou para 48,5%. O levantamento é da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), e os dados foram coletados em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. O estudo também revelou que o sobrepeso é maior entre os homens, 52,6% deles estão acima do peso ideal. Entre as mulheres, esse valor é de 44,7%. A pesquisa também revela que o excesso de peso nos homens começa na juventude: na idade de 18 a 24 anos, 29,4% já estão acima do peso; entre 25 e 34 anos são 55%; e entre 34 e 65 anos esse número sobe para 63% (BRASIL, 2014).

A genética contribui com menos de 10% dos casos e outros fatores, como comportamento alimentar, sedentarismo e prática da atividade física possuem maior influência sobre o excesso de gordura corporal. Algumas doenças endócrinas, como hipotireoidismo e problemas no hipotálamo, representam menos de 1% dos casos de excesso de peso (JORNAL DO SENADO, 2013).

O excesso de gordura visceral (intra-abdominal) é considerado um fator de risco maior que o excesso de peso total, pois envolve os órgãos do abdômen e é está correlacionado com DM, pressão alta, colesterol alto, doenças cardiovasculares

e síndromes metabólicas. A medida da circunferência abdominal reflete melhor o conteúdo de gordura visceral que a RCQ e também se associa muito à gordura corporal total. A OMS (2011) estabelece como ponto de corte para risco cardiovascular aumentado a medida de circunferência abdominal igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres.

A obesidade também aumenta o risco de incidência de alguns tipos de câncer, como mama, intestino, estômago e próstata. Nas meninas, predispõe ao desenvolvimento da puberdade precoce (JORNAL DO SENADO, 2013).

A obesidade é uma doença que tem consequências graves para a saúde dos indivíduos obesos, que podem sofrer de dificuldade respiratória, desgastes dos ossos e articulações, infertilidade, distúrbios psicológicos como baixa autoestima e outras consequências sociais como, por exemplo, o isolamento social. Geralmente a obesidade tem como principal causa a adoção de um estilo de vida sedentário, e inadequado estilo de alimentação. Mas a obesidade é uma doença que tem cura e pode-se evitar. Dai a importância do trabalho de todos nós, profissionais da rede de atenção básica de saúde, que por meio da promoção educamos a população em estilos de vida saudáveis. Orientamos e fornecemos atenção médica para as pessoas com sobrepeso e obesidade no sentido de oferecer um tratamento e acompanhamento adequado e se for necessário encaminhar à atenção médica especializada (Nutricionista, Endocrinologista, Psicologista e outros).

Segundo Ministério da Saúde o sedentarismo aumenta com a idade. Nos homens entre 18 e 24 anos, 60,1% praticam exercícios. Esse percentual reduz para menos da metade aos 65 anos (27,5%). Entre mulheres de 25 a 45 anos, 24,6% se exercitam regularmente. A proporção é de apenas 18,9% entre mulheres com mais de 65 anos (BRASIL, 2014).

Apesar dos números, o sedentarismo no Brasil não diminuiu muito. O fato dos homens usarem seu tempo de lazer fazendo atividade física também é cultural, isso não quer dizer que façam exercícios regularmente. A atividade física é igual entre os sexos, mas o tempo na frente da TV é maior entre os homens. As mulheres com maior escolaridade são as mais conscientes dos problemas relacionados ao peso e procuram fazer atividades programadas (BRASIL, 2014).

Os avanços ocorridos nos conhecimentos sobre a obesidade, não foram acompanhados de grandes progressos no que se refere ao seu tratamento. Muitas estratégias de emagrecimento têm sido tentadas, mas, via de regra perder peso e

mantê-lo são extremamente difíceis na maioria dos casos. A perda de peso sempre estará na dependência de um balanço energético negativo, conseqüente à menor ingestão alimentar em relação ao gasto calórico. Classicamente esta situação é alcançada com o binômio redução da ingestão alimentar e aumento da atividade física. Além disso, a obesidade é uma doença multifatorial e o controle dos fatores ambientais se faz necessário para combatê-la. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA, 2015).

Um tratamento dietético que resulte em uma perda de peso mais modesta, mas que produza alterações mais estáveis é provavelmente mais favorável. Assim, perdas ponderais entre 5 e 10% do peso inicial podem ser suficientes para produzir alterações benéficas nos níveis de glicemia, no perfil lipídico do plasma e nos níveis da pressão arterial. Para melhorar a aderência da pessoa à dieta é recomendável que esta se adapte aos seus gostos, fornecendo-lhe variadas opções de cardápio. Ao lado disso, o sucesso da dieta depende fundamentalmente do processo de reeducação alimentar, que faz parte da denominada terapia comportamental. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA, 2015).

No Brasil, atualmente, há cinco medicamentos registrados para o tratamento da obesidade: anfepramona (dietilpropiona), femproporex, mazindol, sibutramina e orlistate, mas independente do medicamento escolhido, é obrigatório a manutenção das medidas não farmacológicas, com a orientação dietoterápica, incentivo à prática de atividade física e às mudanças no estilo de vida para o sucesso do tratamento farmacológico. (BRASIL, 2010).

6 PLANO DE AÇÃO:

Identificação do problema

Para a identificação dos problemas utilizou-se o método da estimativa rápida, e as fontes de dados e coletas usados foram registros existentes, entrevistas com informante chave, observação ativa da área (visitas domiciliares), consultas médicas. Os problemas detectados foram: alta incidência de HAS descompensada, alta incidência de DM tipo 2 descompensada, alta prevalência de obesidade, saneamento básico deficiente, deficiente abastecimento de água tratada.

Priorização dos problemas

A classificação das prioridades para os problemas identificados estão ilustradas no Quadro 3.

Os critérios utilizados na priorização dos problemas foram:

- a importância do problema: atribuindo um valor “alto”, “médio” ou “baixo” para a importância do problema.
- sua urgência: distribuindo pontos de zero a dez conforme sua urgência.
- capacidade do grupo para enfrentá-lo: definindo se a solução do problema está dentro, fora, ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.

Quadro 3. Classificação das prioridades para os problemas identificados.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de obesidade.	Alta	8	Parcial	1
Alta incidência de HAS descompensada	Alta	6	Parcial	2
Alta incidência de DM tipo 2 descompensada	Alta	6	Parcial	2
Saneamento básico deficiente	Alta	5	Parcial	3

Deficiente abastecimento de água tratada	Alta	4	Parcial	4
--	------	---	---------	---

Descrição do problema

A obesidade pode ser definida de uma maneira simplificada como o acúmulo excessivo de gordura corporal, sob a forma de tecido adiposo, sendo consequência de balanço energético positivo, capaz de acarretar prejuízos à saúde dos indivíduos. Sabe-se ainda que a etiologia da obesidade é multifatorial, estando envolvidos em sua gênese tanto aspectos ambientais como genéticos. Tem sido descrita como um importante problema de saúde pública da atualidade e vem ganhando destaque no cenário epidemiológico mundial. Sua prevalência aumentou nas últimas décadas em todo o mundo, inclusive nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde anteriormente predominavam os problemas relacionados à desnutrição (ENES; ESLATER, 2010).

No Brasil, em 2003, segundo o primeiro levantamento sobre os custos da obesidade, aproximadamente 1 bilhão e 100 milhões de reais são gastos a cada ano com internações hospitalares, consultas médicas e remédios para o tratamento do excesso de peso e das doenças associadas. Apenas o Sistema Único de Saúde (SUS) destina 600 milhões de reais para as internações relativas à obesidade. Esse valor equivale a 12% do que o governo brasileiro despende anualmente com todas as outras doenças. (PORTO; MORAIS; RASO, 2007).

Explicação do problema

A situação epidemiológica da obesidade na área de atuação da UBS Maria de Lourdes B. de Barrios, município União dos Palmares, não é diferente do resto do país. A prevalência é alta, de uma população de 5529, 22,2% (1230) são pessoas portadoras de sobrepeso e obesidade. Isso significa que essa população está mais exposta a sofrer outras doenças, algumas delas crônicas e graves, com alto custo para a saúde dos indivíduos, a sociedade e o país. O índice recomendado na prática clínica para a sua medida em nível populacional é o IMC. Os pontos de corte são o sobrepeso – valores equivalentes a IMC maior que 25 kg/m² e menor que 30 kg/m² em adultos e a obesidade – valores equivalentes ao IMC igual ou maior que 30 kg/m² em adultos (ENES; ESLATER, 2010).

As causas do aumento da obesidade na área, também não são diferentes do país, ela é considerada como um agravo de caráter multifatorial, envolvendo desde questões biológicas, históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas.

A globalização, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos e respostas imediatas contribuem para o aparecimento da obesidade como uma questão social. A obesidade é fundamentalmente resultado de um desequilíbrio entre produção e consumo de energia.

Identificação dos nós críticos

Consideraram-se como nós críticos, hábitos e estilos de vida inadequados (inadequada alimentação quanto à qualidade e quantidade, a não realização de atividades físicas regularmente pela população, o nível de informação deficiente na população e deficiência na estrutura dos serviços da saúde). No quadro 4 é apresentado o desenho das operações.

Quadro 4. Desenho das operações

Nós Críticos.	Operação-projeto.	Resultados esperados.	Produtos.	Recursos necessários.
Hábitos e estilos de vida inadequados da população.	Vida saudável. Modificar estilos de vida inadequados.	Diminuir em 20% o sedentarismo e as más praticas de alimentação no período de um ano.	Programas de saúde na rádio (alimentação saudável, exercício físico é saúde) Palestras aos grupos vulneráveis da população (sobrepesos, sedentários, pacientes com HAS e DM).	Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos educativos. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema (Sobrepeso e Obesidade), e sobre estratégias de comunicação. Além, conhecimento sobre protocolos de cuidados emitidos pelo MS. Político: Adequação de um espaço físico para as

				atividades educativas e prática de exercícios. Articulação entre setores da saúde e adesão dos profissionais. Articulação Inter setorial. Organizacional: Recursos humanos (equipe de saúde, educador físico, NASF).
Nível de informação deficiente na população.	<u>Conheça sobre Obesidade:</u> Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a obesidade e as suas causas e consequências.	Elevar os conhecimentos sobre Obesidade em 15% da população da área em um ano.	Campanhas educativas na rádio local do município. Campanhas educativas no jornal local. Trabalho sistemático com grupos vulneráveis (sobrepesos, sedentários,) e com o grupo de pessoas com HAS e DM.	Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos educativos. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema (Obesidade), e sobre estratégias de comunicação e pedagogia. Além, conhecimento sobre protocolos de cuidados emitidos pelo Ministério da Saúde. Político: Articulação Inter setorial e mobilização. Organizacional: Adequação de um espaço físico, recursos

				humanos (equipe de saúde, núcleo de apoio da família).
Deficiência na estrutura dos serviços de saúde.	<u>Pesquisa e melhor acompanhamento dos obesos:</u> Melhorar a pesquisa e o melhor acompanhamento dos obesos pela equipe de saúde.	80% da consulta médica no dia agendada. Coleta do peso e altura de 100% dos usuários consultados na UBS. Garantir encaminhamento às consultas especializadas dos obesos que precisarem. Garantir a permanência dos profissionais de saúde na ESF para o adequado atendimento de obesos. Cobertura médica na ESF em 100% de população com riscos desenvolver obesidade.	Um dia exclusivo e programado na semana de consulta para os pacientes Obesos. Palestras semanais. Capacitação sistemática dos profissionais de saúde.	Políticos: Articulação dos atores políticos e secretaria de saúde neste projeto. Financeiro: recursos necessários no atendimento dos pacientes Obesos (fitas métricas, balanças). Cognitivo: Conhecimento sobre o tema (Obesidade), sobre estratégias de comunicação e pedagogia, conhecimento do funcionamento da rede na saúde.

Identificação dos recursos críticos

No Quadro 5 é apresentada a identificação dos recursos críticos. Nos projetos Vida Saudável e Conheça sobre Obesidade proposto são necessário recursos audiovisuais porque por meio do que a população vê e escuta, aprende. Assim podemos usar a rádio, autofalantes, além de oferecer ações educativas à população com o uso de folhetos educativos, banners e projetor. É também muito importante contar com um espaço físico, um local confortável, onde tanto o usuário como a equipe da saúde sintam-se cômodos e com privacidade. Este local será usado também para a prática de exercícios dos usuários. Para a execução deste projeto é

preciso a responsabilidade dos profissionais de saúde da UBS e o apoio de outros setores, exemplo setor de educação e comunicação social.

No projeto, Pesquisa e Melhor Acompanhamento dos obesos, precisamos de recursos necessários para o atendimento dos usuários, como fitas métricas para medir circunferência abdominal e altura, além da balança para pesar todos os usuários que chegarão à pré-consulta. Estes recursos são possíveis de obter por meio da Secretaria de Saúde e com ajuda da Prefeitura do Município.

Quadro 5. Identificação dos recursos críticos

<p><u>Vida saudável.</u> Modificar estilos de vida inadequados.</p>	<p>Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos educativos. Político: Adequação de um espaço físico para as palestras e para a prática de exercícios. Articulação entre setores da saúde e adesão dos profissionais. Articulação Inter setorial.</p>
<p><u>Conheça sobre Obesidade.</u> Aumentar o nível de conhecimento da população sobre obesidade, as suas causas e consequências.</p>	<p>Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos educativos. Político: Articulação Inter setorial.</p>
<p><u>Pesquisa e melhor acompanhamento dos obesos:</u> Melhorar pesquisa e o acompanhamento dos obesos pela equipe de saúde.</p>	<p>Financeiro: Recursos necessários no atendimento dos obesos (fitas métricas, balanças). Políticos: Articulação dos atores políticos e secretaria de saúde neste projeto.</p>

Análise da viabilidade

No projeto Vida Saudável o apoio do secretário de saúde e do setor de comunicação social é favorável nos recursos necessários para obter sucesso este trabalho. No caso do setor de educação contamos com o apoio dos professores das escolas para dispor espaços físicos cômodos e seguros, adequados para dar as palestras, além de serem também protagonistas na educação dos alunos sobre a importância de adequados hábitos alimentares e a prática de exercícios físicos. Precisamos que o setor de educação ofereça um educador físico para as aulas de exercícios físicos aos grupos vulneráveis. Embora o setor de educação se mostre

indiferente, a equipe de saúde para consegui-lo planeja apresentar um projeto de apoio das associações. De igual modo no projeto Conheça sobre Obesidade a motivação por parte do secretário de saúde e do setor de comunicação social é favorável, mas a motivação do setor educação é indiferente. Precisamos que as campanhas educativas sejam extensivas a toda a população, mas para isso é necessário trabalhar em conjunto com apoio Intersectorial. No projeto Pesquisa e melhor acompanhamento dos obesos é necessário recursos (fitas e balanças entre outros) para melhorar o atendimento dos usuários, mas a motivação da secretaria de saúde e a prefeitura do município é indiferente. A equipe de saúde para motivá-los irá apresentar um projeto de apoio das associações. No Quadro 6 é apresentado a análise da viabilidade dos projetos.

Quadro 6. Análise da viabilidade.

Operação/Projeto.	Recursos Críticos.	Controle dos recursos críticos.		Ação Estratégica.
		Ator que controla.	Motivação.	
<p><u>Vida saudável.</u> Modificar estilos de vida inadequados.</p>	<p>Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos educativos. Político: Adequação de um espaço físico para as palestras e para a pratica de exercícios. Articulação entre setores da saúde e adesão dos profissionais. Articulação Inter setorial.</p>	<p>Setor de comunicação social.</p> <p>Setor de educação.</p> <p>Secretário de Saúde do município.</p>	<p>Favorável.</p> <p>Indiferente.</p> <p>Favorável.</p>	<p>Não é necessária.</p> <p>Apresentar projeto Apoio das associações.</p> <p>Não é necessária.</p>
<p><u>Conheça sobre Obesidade.</u> Aumentar o nível</p>	<p>Financeiro: Recursos audiovisuais,</p>	<p>Setor de comunicação</p>	<p>Favorável.</p>	<p>Não é necessária</p>

de conhecimento da população sobre (obesidade) as suas causas e consequências. .	folhetos educativos. Político: Articulação Inter setorial (setor saúde).	social. Setor de educação. Secretário de Saúde do município.	Indiferente. Favorável.	Apresentar projeto Apoio das associações Não é necessária.
<u>Pesquisa e melhor acompanhamento dos pacientes Obesos:</u> Melhorar pesquisa e o acompanhamento dos pacientes Obesos pela equipe de saúde	Financeiro: Recursos necessários no atendimento dos pacientes hipertensos (fitas métricas, balanças). Políticos: Articulação dos atores políticos e secretaria de saúde neste projeto.	Secretário de Saúde do município. Prefeitura do município.	Indiferente. Indiferente.	Apresentar projeto Apoio das associações. Apresentar projeto Apoio das associações

Plano operativo

No Quadro 7 é apresentado o plano operativo das operações. Os resultados esperados são diminuir em 20% o sedentarismo e as más práticas de alimentação no período de um ano. Elevar os conhecimentos sobre obesidade em 15% da população da área em um ano e realizar 80% da consulta médica no dia, agendada. Além disso pretende-se:

- Coletar o peso, altura, circunferência abdominal em 100% dos usuários consultados na UBS.
- Garantir encaminhamento às consultas especializadas dos obesos que precisarem.
- Garantir a permanência dos profissionais de saúde na UBS para o adequado atendimento das 1.230 pessoas com obesidade.
- Aumentar a cobertura médica na UBS para 100% de população com riscos de desenvolver obesidade. Vamos conseguir estes resultados com programas de saúde na rádio, com palestras à população vulnerável, com campanhas educativas na radio, no jornal,

organizando o atendimento diário dos usuários e capacitando os profissionais da saúde. O responsável é a Equipe de Saúde, no quadro 7 estão representados os prazos para dar início às atividades.

Quadro 7. Plano Operativo.

Operações.	Resultados.	Produtos.	Ações Estratégicas.	Responsável.	Prazo.
<u>Vida saudável.</u> Modificar estilos de vida inadequados.	Diminuir em 20% o sedentarismo, as más práticas de alimentação no período de um ano.	Programas de saúde na rádio (alimentação saudável, o exercício físico é saúde) palestras aos grupos vulneráveis da população.	Apresentar projeto ao apoio das associações.	Equipe de saúde.	Dois meses para início o das atividades (palestras). 3 meses para o início dos programas de saúde na rádio. 3 meses para apresentação do projeto.
<u>Conheça sobre Obesidade.</u> Aumentar o nível de conhecimento da população sobre obesidade, as suas causas e consequências.	Elevar os conhecimentos sobre obesidade em 15% da população da área em um ano.	Campanhas educativas na rádio local do município. Campanhas educativas no jornal local. Trabalho sistemático com grupos vulneráveis (sedentários, sobrepesos) e com os grupos de	Apresentar projeto para o apoio das associações	Equipe de saúde.	2 meses para início o das atividades. 3 meses para o início das campanhas educativas na rádio e no jornal local. 3 meses para apresent

		pacientes com HAS e DM.			ação do projeto.
<u>Pesquisa e melhor acompanhamento dos obesos:</u> Melhorar pesquisa e o acompanhamento dos obesos pela equipe de saúde:	80% da consulta médica no dia, agendada. Coleta do peso e altura de 100% dos usuários consultados na UBS. Garantir encaminhamento às consultas especializadas dos obesos que precisarem. Garantir a permanência dos profissionais de saúde na UBS para o adequado atendimento dos obesos. Cobertura médica na UBS em 100% de população com riscos desenvolver obesidade.	Programar um dia exclusivo de consulta para os obesos. Palestras semanais. Capacitação sistemática dos profissionais de saúde.	Apresentar projeto de apoio das associações	Equipe de saúde.	1 mês para o início das atividades. 3 meses para a apresentação do projeto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A obesidade é um assunto complexo, cujo diagnóstico etiológico preciso é de fundamental importância para o sucesso do tratamento. É importante tratar a obesidade o mais precocemente possível, primeiro por meio da conscientização do usuário e, em seguida, através de métodos preventivos e terapêuticos adequados. Desta forma, a obesidade determina uma possibilidade real de tratamento, no entanto, sua realização exige conhecimento científico e técnicos específicos, além de uma precisa indicação clínica, baseada em diagnóstico criterioso o mais precocemente possível, onde a ação de uma equipe interdisciplinar aliada a uma técnica cuidadosa permite uma elevada perspectiva de êxito.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Atualização das Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da Obesidade e do Sobrepeso.** 2010. Disponível em: www.abeso.org.br. Acessado em 18 setembro. 2015.
- BRASIL, **Números da Obesidade no Brasil.** Sociedade Brasileira de Endocrinologia y metabologia. 2014. Disponível em: www.endocrino.org.br/números-da-obesidade-no-br. Acessado em.19 julho.2015.
- CARDOSO, FC. C; PEREIRA, H. F; SANTOS, M A dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.
- ENES, C; SLATER, B. **Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes.** Rev. Bras. Epidemiol. v.13, n.1, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Alagoas- União dos Palmares.** 2004. disponível em: www.cidades.ibge.gov.br. Acessado em 18 maio. 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Alagoas- União dos Palmares.** Censo Demográfico 2010. Disponível em: www.cidades.ibge.gov.br. Acessado em 18 maio.2015.
- JORNAL DO SENADO. **Obesidade cresce rapidamente no Brasil e no mundo.** 2013. Disponível em: www.12.senado.gov.br. Acessado em 18 setembro. 2015.
- MELO, ME. **Os Números da Obesidade no Brasil: VIGITEL 2009 e POF 2008-2009.** Disponível em <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/17/552fe9fd73248.pdf>. Acessado em 19 julho 2015.
- OMS. **A medida do perímetro abdominal é um indicador de enfermidade cardiovascular mais confiável que o IMC.** 2011. Disponível em: www.fundacaodocoracao.com 19 sept. 2011.
- PORTO, EB. S; MORAIS, TW; RASO, V. **Avaliação do nível de conhecimento multidisciplinar dos futuros profissionais na propedêutica da obesidade.** Rev. Bras. Nutr. Emagrecimento, São Paulo, v.1, n.2, p. 67-71, 2007.
- SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABECIMENTOS DE SAÚDE. SCNES. 2004. **União dos Palmares.** Estabelecimento de Saúde do Município. Disponível em: datasus.gov.br. Acessado em 18 maio.2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO A SAÚDE. SIAB. 2004. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acessado em 20 maio. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA. 2015. **Tratamento da Obesidade**. Disponível em: www.endocrino.org.br. Acessado em 18 setembro. 2015.